FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Juillet 1909 à 1 heure

Par F. **BODET**
De la Faculté de médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux

Traitement du Chancre mou

PAR

L'Acide Phénique à Saturation dans l'Alcool

Président : M. CHAUFFARD, *professeur.*

Juges { MM. DEBOVE et GILBERT BALLET, *professeurs.*
JEANSELME, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON,
10, rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PierreDELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL D'ANGERS

Monsieur MONPROFIT

Monsieur MAREAU

Monsieur THIBAULT

Monsieur JAGOT.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage Hospitalier

Monsieur le professeur agrégé THIROLOIX,
Hôpital Saint-Antoine.

Monsieur le professeur KIRMISSON,
Hôpital des Enfants Malades.

Monsieur le professeur PINARD,
Clinique Beaudelocque.

Externat

Monsieur le docteur BELIN,
Hôtel-Dieu Annexe).

Monsieur le docteur DE MASSARY,
Hôtel-Dieu (Annexe).

Monsieur le professeur agrégé JEANSELME.
(Hôpital Broca).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN

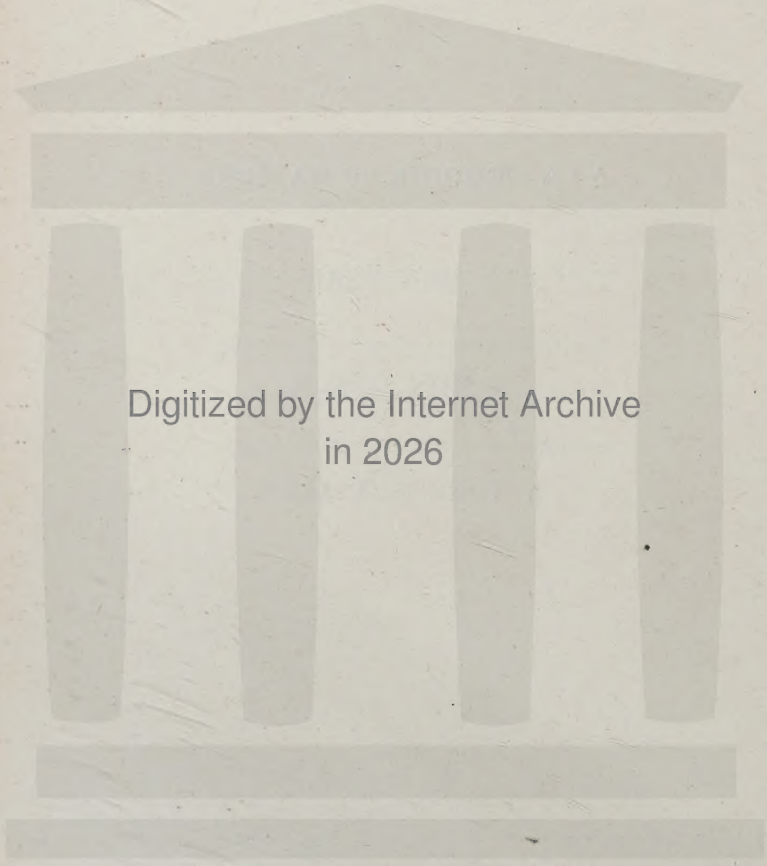
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES AMIS


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/thesepourledocto0000fbod

AVANT PROPOS

Avant de commencer la rédaction de cette thèse nous sommes heureux de pouvoir témoigner ici aux maîtres qui nous ont guidé au cours de nos études médicales, l'assurance de notre profonde reconnaissance.

C'est dans un même sentiment de gratitude que nous réunissons nos premiers maîtres de l'Ecole de Médecine et de l'Hôpital d'Angers : MM. les Docteurs : MONPROFIT, MAREAU, THIBAULT, JAGOT, JAPIN, MARTIN et TESSON, pour leur enseignement dévoué et leur bienveillante sympathie.

MM. les Docteurs BELIN et DE MASSARY, dont nous avons été l'élève à l'Hôtel-Dieu (Annexe) se sont toujours efforcés de nous être utile et de nous faire profiter de leur grande expérience clinique, nous leur en sommes très reconnaissant.

Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur Agrégé JEANSELME, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a dirigé de ses conseils, l'expression de notre respectueuse et bien vive reconnaissance. Nous

n'oublierons pas l'année d'externat que nous avons passée près de ce maître bienveillant.

Enfin, nous prions M. le Professeur CHAUFFARD, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, d'agréer nos sincères remerciements.

HISTORIQUE

Le chancre mou est une plaie spécifique qui n'a aucune tendance à guérir par elle-même. La principale indication sera de transformer cette plaie chancreuse en une plaie simple et de bonne nature capable de se cicatriser. C'est en agissant directement sur son microbe spécifique, le bacille de Ducrey, que l'on peut arrêter le processus ulcéreux.

De nombreux traitements ont été préconisés pour guérir le chancre mou. Nous pouvons les diviser en deux catégories : le traitement par les antiseptiques, le traitement par les caustiques.

Nous n'entreprendrons pas de faire ici l'historique de tous ces traitements, nous nous bornerons à rappeler que parmi les antiseptiques qui furent tour à tour employés, l'iodoforme, la poudre à l'acide salicylique, le salol, le naphtol, le sous-nitrate de bismuth, le gaïacol, et beaucoup d'autres encore ont eu des succès. Parmi les caustiques nous citerons : la cautérisa-

tion au fer rouge, le nitrate d'argent, la pâte de Vienne, l'acide pyrogallique.

Nous ferons une place spéciale à un troisième genre de traitement, le traitement du chancre mou par l'acide phénique, qui est à la fois antiseptique et caustique. C'est le seul dont nous nous occuperons ici.

Pendant l'année d'externat que nous avons passée dans le service de M. le Professeur agrégé Jeanselme à l'hôpital Broca, nous avons pu constater les excellents résultats obtenus dans le traitement du chancre mou par les cautérisations d'acide phénique à saturation dans l'alcool. Sa durée est considérablement réduite, quelques cautérisations suffisent toujours pour détruire le bacille de Ducrey. A la plaie chancreuse à fond jaunâtre et suintant, parsemée de bourgeons grisâtres, à bords décollés et taillés à pic se substitue rapidement une plaie de bonne nature.

Le fond perd son aspect jaunâtre, les anfractuosités recouvertes d'un pus opaque et virulent font place après un très petit nombre de cautérisations à une ulcération dont le fond se recouvre de bourgeons rouge vif, destinés à réparer la perte de substance. Quelques jours seulement sont nécessaires pour obtenir une cicatrisation définitive.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que l'acide phénique est employé dans le traitement du chancre mou et des ulcérations de la peau qui ne présentent aucune tendance à la cicatrisation.

Dubat le prescrit, en effet, comme caustique substitutif et désinfectant dans certains ulcères cancéreux.

Berghen se servit avec avantage et dans le même but d'un mélange de cinq parties d'acide phénique pour dix parties d'alcool. Contre le chancre mou on employa tout d'abord l'eau phéniquée, au même titre que pour le pansement des plaies. Mais son usage ne tarda pas à être abandonné à cause des accidents que l'eau phéniquée peut produire lorsque son application est faite sur une large ulcération au niveau de laquelle l'absorption de l'acide phénique se fait promptement, surtout lorsqu'elle est entretenue par un pansement local.

En 1890, M. du Castel, à l'hôpital Ricord, reprend le traitement du chancre mou par l'acide phénique, tout en le modifiant. A l'eau phéniquée il substitue une solution alcoolique d'acide phénique dont le titre est de :

Acide phénique ..... 1 partie
Alcool à 90°..... 10 parties

La technique opératoire de ce traitement est à peu près analogue à celle que nous employons avec une solution dont le titre est beaucoup plus élevé. Les résultats obtenus furent excellents si nous nous en rapportons à la thèse de M. Montilliers, publiée dans le service de M. du Castel. Il ne signale aucun cas d'intoxication et presque tous les chancres traités avec cette solution ont guéri, au bout de quelques jours, sans eschare le plus souvent.

Vers la même époque, M. Berdal, interne dans le

service de M. Humbert, se servit également de l'acide phénique dans le traitement du chancre mou, mais au lieu d'employer la solution alcoolique d'acide phénique au dixième, il augmente la quantité d'acide et se sert de la solution suivante :

Acide phénique	30 grammes
Alcool à 90°.....	20 grammes

Les chancres traités avec cette solution ont guéri rapidement, mais la guérison fut toujours consécutive à la chute de l'eschare formé au niveau de l'ulcération. La production de l'eschare semble en effet avoir été ici le but recherché pour amener la guérison du chancre mou.

Nous nous efforcerons au contraire de l'éviter, tout en employant une solution alcoolique d'acide phénique dont le titre est beaucoup plus élevé que celui des précédentes. La solution employée par M. le Professeur Agrégé Jeanselme est telle que la quantité d'alcool est juste suffisante pour tenir l'acide phénique en dissolution.

Acide phénique	90 grammes
Alcool à 90°	10 grammes

Nous expliquerons ici quelles sont les raisons qui ont conduit à employer l'acide phénique à saturation dans l'alcool.

Nous dirons quels sont les avantages que peut présenter ce genre de traitement. Enfin après en avoir expliqué la technique opératoire, nous montrerons par

une série d'observations que nous avons recueillies dans le service de M. le Professeur Jeanselme, quels sont les excellents résultats qu'on en peut obtenir.

Inconvénients de la Médication Phéniquée

L'acide phénique est une substance fortement antiseptique lorsqu'il est employé en solution concentrée. Mais depuis longtemps on a remarqué que l'emploi de ses solutions, mêmes étendues, était capable d'amener la production d'accidents variables; soit localement à cause de l'action du phénol sur les tissus, soit en déterminant des troubles généraux d'une plus haute gravité.

C'est ainsi que les contacts prolongés ou répétés d'acide phénique à la surface d'une plaie ou de toute autre solution de continuité de la peau, peuvent donner lieu à des érythèmes, des eschares et même à de la gangrène. L'acide phénique possède en outre l'inconvénient d'être facilement absorbé lorsqu'il est mis en présence du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané. Sa diffusion à travers l'organisme peut alors se traduire par des phénomènes d'intoxication aiguë ou subaiguë. Les principaux symptômes de cette intoxication se manifestent par des vertiges, des bourdonne-

ments d'oreilles, des fourmillements dans les doigts, accompagnés de cephalalgie et de troubles digestifs divers.

Dans les cas où son absorption s'est faite en quantité assez élevée, on peut noter un abaissement de température de quelques degrés, de l'irrégularité et de la faiblesse du pouls.

Mais pour que l'absorption puisse se produire rapidement, il est nécessaire que l'application de l'acide phénique soit faite sur une surface d'une certaine étendue, au niveau de laquelle les éléments du derme et du tissu cellulaire sous-jacent, soient mis à nu.

La structure histologique du tissu conjonctif, sa richesse en capillaires sanguins et en vaisseaux lymphatiques favorisent la pénétration de l'acide phénique à travers l'organisme. Or les recherches de l'anatomie pathologique nous apprennent que l'épiderme, la couche papillaire et la partie superficielle du derme n'existent plus au niveau du chancre mou. Il semble donc qu'une telle surface, privée de ses éléments protecteurs soit des plus favorables à l'absorption des solutions phéniquées et à la production des accidents qu'elles peuvent déterminer.

Toutefois la diffusion et les accidents causés par l'acide phénique sont liés le plus souvent à la quantité d'antiseptique introduite à la surface des lésions cutanées. Lucas Championnière a montré en effet, que ces accidents étaient dus la plupart du temps à une pratique défectueuse, à une véritable débauche d'acide phénique sur ces lésions cutanées, qui étaient en-

tretenues dans cette humidité spéciale. Cet atmosphère phéniqué dans lequel la plaie vit continuellement, non seulement est défavorable à sa cicatrisation, mais encore est la source des accidents locaux et de l'intoxication. C'est ce qui avait fait dire que les plaies pansées à l'acide phénique prenaient rapidement un « aspect vernissé et luisant, sans bourgeons charnus et n'ayant aucune tendance à se cicatriser ».

Nous savons aussi, que la diffusion d'une substance médicamenteuse à travers l'organisme et la nature des effets pathologiques qui l'accompagnent, varient non pas seulement avec la quantité d'antiseptique introduite au niveau de la solution de continuité, mais encore et surtout avec le degré de concentration de la solution et la nature du solvant.

Il convient donc d'examiner ici, quel doit être le degré de concentration de la solution phéniquée et de la nature du solvant, qui nous permettront d'éviter les accidents que nous venons de signaler et de réunir les meilleures conditions de son emploi dans le traitement du chancre mou.

Titre de la Solution — Nature du Solvant.

Pour obtenir une transformation rapide du chancre mou en une plaie simple, il est nécessaire de faire agir à la surface de l'ulcération un antiseptique suffisamment énergique pour détruire le bacille de Ducrey au bout de quelques cautérisations. Une solution faible d'acide phénique, telle que l'eau phéniquée employée ordinairement dans le pansement des plaies, ne nous permettrait pas de détruire le bacille de Ducrey en un temps assez court pour empêcher son inoculation au voisinage de la lésion primitive.

L'emploi de solutions concentrées d'acide phénique s'impose donc dans le traitement du chancre mou. Mais on peut alors se demander si les accidents dus à l'acide phénique, ne se produisent pas plus facilement avec une solution dont le titre est élevé. La majorité des auteurs admettent, en effet, que plus le titre d'une solution phéniquée est élevé, plus son pouvoir toxique est grand.

Kuster, il est vrai, pense le contraire. Pour lui les solutions fortes d'acide phénique sont d'un usage

beaucoup moins dangereux au point de vue de leur toxicité et de leur diffusion que les solutions faibles. Elles ne pénètrent que très lentement dans la profondeur des tissus. Cette diminution de leur pouvoir diffusible serait due, d'après lui, à une prompte coagulation qu'elles exerceraient dès qu'elles se trouvent en présence des tissus pathologiques en produisant la déshydratation des matières organiques.

Jeannel croit lui aussi, et pour les mêmes raisons que plus le titre d'une solution d'acide phénique est élevé, moins son action toxique est grande.

Une telle opinion semble paradoxale et en opposition avec les idées généralement admises. Nous pensons cependant avec Kuster et Jeannel que les solutions fortes d'acide phénique ne possèdent pas une toxicité plus grande que les solutions étendues, à condition que leur action reste limitée à la partie toute superficielle des lésions sur lesquelles elles sont appliquées. Mais la nature du solvant n'est pas indifférente, pour réaliser ces conditions et éviter la production des accidents.

Si l'on dépose, en effet, une certaine quantité d'acide phénique en solution aqueuse à la surface d'une ulcération, quelque soit le titre de cette solution, elle tendra à s'infiltrer à travers les mailles du tissu conjonctif et à gagner, soit les tissus sous-jascents en allant vers la profondeur, soit les tissus qui environnent la lésion, en s'étendant en surface. En un mot son action ne restera pas rigoureusement limitée à l'endroit précis où elle doit se manifester. La tendance

à la diffusion ne peut être attribuée qu'à la présence de l'eau dans la solution, qui sert de véhicule à l'acide phénique et qui l'entraîne à travers les tissus. L'eau phéniquée possède donc un pouvoir diffusible trop grand et l'emploi de solutions à 50 o/o, amènerait fatalement l'apparition d'accidents locaux et de phénomènes toxiques.

L'acide phénique en solution alcoolique, possède des propriétés toutes différentes. Son action est beaucoup plus superficielle et elle n'a que peu de tendance à pénétrer vers les organes profonds. Mais comme nous l'avons fait remarquer, avec les solutions alcooliques précédemment employées dans le traitement du chancre mou, et plus particulièrement avec la solution à 30/20, la production des eschares au niveau de la surface cautérisée était la règle. C'est qu'ici les proportions d'acide phénique et d'alcool sont telles que leurs effets se combinent. Il se fait une coagulation massive de l'albumine et une véritable déshydratation des tissus aux dépens de l'eau moléculaire des matières organiques, qui amènent la mort des éléments anatomiques. Le processus de réparation s'accomplit au-dessous de l'eschare qui laisse après sa chute un tissu cicatriciel sain.

L'usage de ces solutions, s'il ne produit dans aucun cas d'accidents toxiques, ne répond cependant pas au but que nous nous proposons d'atteindre, puisqu'il est toujours suivi de la formation d'eschare, que nous voulons éviter.

A saturation dans l'alcool, l'acide phénique agira

d'une toute autre façon, avec elle, nous n'aurons plus à craindre ni eschare, ni intoxication. Son action antiseptique sera toute superficielle et ne dépassera pas les limites de l'ulcération. Les raisons en sont dans la petite quantité du solvant par rapport à l'acide phénique. Déposé à la surface du chancre mou, l'alcool ne pénètrera pas dans les tissus sous-jascents, comme le ferait une solution aqueuse d'acide phénique. Il s'évaporera au bout de quelques secondes, laissant la place à l'antiseptique qui agira pour son propre compte. L'action caustique due à la présence simultanée de l'alcool et de l'acide phénique, n'aura pas le temps nécessaire pour se manifester et amener la production de l'eschare qu'on observe avec des solutions alcooliques moins concentrées.

Tels sont les motifs qui ont conduit à employer l'acide phénique à saturation dans l'alcool dont nous allons maintenant étudier les effets.

Effets produits par les Cautérisations

L'acide phénique à saturation dans l'alcool, appliqué à la surface du chancre mou, modifie rapidement son aspect. Dès les premières cautérisations, l'ulcération perd ses véritables caractères spécifiques. Le pus qui recouvre sa surface devient moins abondant, il ne contient plus que des détritus organiques, quelques staphylocoques, des globules sanguins et de nombreux leucocytes. La phagocytose se poursuit activement. Peu à peu, les bacilles sont englobés par les leucocytes polynucléaires et mononucléaires, le pus devient incapable de produire l'auto-inoculation.

Au bout de deux ou trois cautérisations, le fond de l'ulcération perd son aspect grisâtre par l'élimination de la fausse membrane adhérente qui le recouvre; il prend l'apparence d'une plaie simple, le chancre rétrograde. Les anfractuosités qu'on remarquait à sa surface ont fait place à des bourgeons charnus d'abord mous et peu élevés, qui s'organisent en peu de jours. Les éléments du derme reprennent leur vitalité première, leurs cellules se multiplient.

Les bords du chancre, tuméfiés et rouges, s'affaissent ; ils deviennent moins saillants et plus fermes, marchent à la rencontre l'un de l'autre. S'ils étaient renversés et décollés, ils se recollent et se mettent à niveau avec le fond de l'ulcération, qui continue à bourgeonner. Le nivellement et la cicatrisation s'effectuent comme dans une plaie simple. Quelques cautérisations à l'acide phénique à saturation, suffisent pour obtenir ce résultat.

Dans certains chancres, qui s'accompagnent d'un phagédénisme étendu, dans ceux qui se cachent sous des replis de la muqueuse, comme ceux du prépuce ou ceux qui siègent sous le capuchon du clitoris, la transformation de la plaie chancreuse, en une plaie de bonne nature, est quelquefois un peu retardée à cause de la difficulté qu'il peut y avoir à faire une cautérisation totale de tous les points en activité. Il en est de même pour les chancres situés dans les parties inférieures de la région vulvaire, chez les femmes qui présentent un abondant écoulement blennorragique. Il est nécessaire, dans ce cas, de prendre la précaution indispensable, qui consiste à mettre l'ulcération à l'abri de toute humidité et d'arrêter, par un tamponnement, les sécrétions vaginales qui favorisent sa persistance. Toutes les fois que ces précautions ont été prises avec soin, nous avons toujours vu le chancre mou guérir aussi vite que ceux qui sont situés dans des régions plus découvertes et par conséquent moins exposées aux réinoculations.

La terminaison du chancre mou pourrait être considérée comme ayant pour date le moment où l'ulcéra-

tion a cessé d'être virulente. La plaie, à partir de cette époque, peut encore avoir une certaine durée, mais comme elle n'est plus spécifique, ce n'est en somme qu'une plaie simple que nous avons devant les yeux, une suite du chancre mou, plutôt que le chancre mou lui-même, qui a cessé d'exister.

A partir de ce moment, toute cautérisation pourrait paraître inutile. Nous continuerons cependant à faire des applications d'acide phénique pendant quelques jours encore, pour être bien assurés qu'aucune auto-inoculation n'est plus possible. Il est difficile, en effet, de connaître le moment exact où le chancre mou ne contient plus le bacille de Ducrey et les applications d'acide phénique, même si les bacilles sont détruits, ont une action favorable sur la réparation des lésions. On cessera les cautérisations, lorsque le chancre mou commencera à se recouvrir d'une mince couche épidermique. En général, cinq ou six cautérisations sont suffisantes pour obtenir une réparation complète de l'ulcération.

Ce ne sont pas là les seuls avantages que présente l'emploi de l'acide phénique à saturation dans l'alcool. Quoique son action soit purement locale, limitée à la surface ulcérée, elle a cependant une heureuse influence sur l'évolution des bubons inguinaux qui accompagnent si souvent les chancres mous. Après quelques cautérisations, les ganglions inguinaux ne tardent pas à suivre une amélioration parallèle à celle de l'ulcération. Lorsque celle-ci perd son aspect jaunâtre et suintant, l'évolution du bubon s'arrête. Il diminue

de volume, devient moins adhérent, se déplace facilement sous les doigts. La pression, à son niveau, est de moins en moins douloureuse et, au bout de quelques jours, le ganglion devient complètement indolent. Sa guérison est presque toujours contemporaine de celle du chancre mou. Ce n'est que dans les cas où les bubons ont atteint un trop grand développement avant qu'une application d'acide phénique ne soit venue modifier la surface de l'ulcération, qu'ils évoluent vers la suppuration et finissent par s'ouvrir à la peau.

Comme nous venons de le voir, le titre élevé de la solution qui nous permet d'obtenir une prompte réparation des lésions, nous permet aussi d'éviter la production de l'eschare et les phénomènes d'intoxication qui constituent les principaux inconvénients liés à l'emploi de l'acide phénique.

Chez aucun des malades, traités avec la solution à 9/1, nous n'avons remarqué la moindre trace d'intoxication phéniquée. Les urines, pour un même malade, furent examinées à plusieurs reprises pendant le cours du traitement par le pharmacien du service qui ne put jamais y déceler la présence du phénol ou des dérivés phénoliques.

Dans aucun cas, notre attention ne fut attirée par le changement de coloration des urines qui, comme nous le savons, peuvent prendre une coloration noirâtre due à la formation et à l'oxydation ultérieure des diphénols.

L'apparition de la mélanurie, même si elle se produisait, ne constituerait pas une indication de suspen-

dre d'urgence la médication phéniquée, à moins toutefois, qu'elle ne s'accompagne des symptômes d'intoxication.

Il ne semble donc y avoir aucune contre-indication absolue à l'emploi de l'acide phénique à saturation dans le traitement du chancre mou, quelle que soit l'étendue de l'ulcération, puisqu'il nous est impossible de le retrouver dans les urines, quoique la voie rénale soit sa principale voie d'élimination.

La présence d'albumine dans les urines, avant toute cautérisation, n'implique pas non plus que le malade ne doive pas être soumis au traitement par l'acide phénique, dont l'action est toute superficielle et parfaitement limitée à la surface ulcérée et que rien, par conséquent, ne viendra aggraver la lésion rénale pré-existante. Il sera bon dans ce cas d'examiner à plusieurs reprises les urines du malade.

Si quelques cautérisations suffisent pour transformer une plaie chancreuse en une plaie simple, capable de se cicatriser, l'application d'acide phénique à saturation ne va pas, cependant, sans causer une douleur plus ou moins vive au niveau des lésions. Cette douleur qui accompagne et qui suit chaque cautérisation, constitue le seul inconvénient de ce traitement.

Elle est dûe à l'action irritante de l'acide phénique en solution alcoolique, qui se trouve en contact direct avec les terminaisons des nerfs sensitifs, mises à nu par le processus ulcéreux du chancre mou. Mais il serait illogique de rendre l'acide phénique seul responsable de la douleur produite par les cautérisations. Nous

n'oublierons pas, en effet, que le chancre peut devenir la source de vives douleurs toutes les fois que sa surface est irritée par un contact quelconque. Une substance différente, comme nature et comme action de l'acide phénique, peut réveiller des douleurs aussi vives que la solution alcoolique dont nous nous servons. Il n'est pas, jusqu'à présent, de médicament employé dans le traitement du chancre mou qui permette de les éviter complètement.

La douleur est d'ailleurs très variable, suivant l'étendue des lésions, mais surtout suivant l'état névropathique du sujet. C'est ainsi qu'elle peut se présenter avec une intensité et une durée plus ou moins grande et que sa forme peut prendre des caractères très différents.

Chez certains malades, presque toujours des nerveux, la douleur atteint une intensité telle que, pendant la cautérisation, elle arrache aux malades des pleurs et des cris et qu'ils essayent de se dérober à la cautérisation. Mais ce sont là, il faut le reconnaître, des cas tout-à-fait exceptionnels où la douleur n'est certainement pas proportionnée aux mouvements de défense du malade. Chez d'autres, au contraire, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, elle est d'une si faible intensité qu'elle est à peine perçue pendant la cautérisation. Il convient, toutefois, de faire remarquer que c'est toujours la première application d'acide phénique qui est la plus douloureuse. Cela peut s'expliquer par l'étendue et la nature de l'ulcération qui n'a pas encore été modifiée et dont la surface, dé-

pourvue d'éléments protecteurs, est creusée dans l'épaisseur du derme, riche en filets nerveux. Il n'en sera plus de même au bout de quelques jours, lorsque le chancre aura perdu son aspect jaunâtre et se recouvrira de bourgeons charnus de bonne nature, alors les douleurs disparaîtront complètement, même pendant les cautérisations.

Variable dans son intensité, la douleur l'est aussi dans la durée. Il est des malades chez lesquels elle peut se prolonger pendant une heure et plus, mais ici encore ce sont des faits extrêmement rares. En général dix minutes ou un quart après chaque cautérisation, toute douleur a disparu.

S'il est vrai que la douleur, pouvant se manifester sous forme de brûlure, de cuisson ou de simples picotements, constitue un inconvénient de ce traitement, surtout appréciable pendant les premières applications, il nous est aussi possible de l'atténuer dans une large mesure. Les tamponnements avec un anesthésique local, au niveau de l'ulcération et avant toute application d'acide phénique, nous permettront de l'éviter. Avec les solutions de cocaïne employées dans le service de M. le Professeur Agrégé Jeanselme, les douleurs sont considérablement diminuées comme durée et comme intensité et dans la majorité des cas la cautérisation est indolore.

Technique du traitement

La principale indication dans le traitement du chancre mou, consiste à agir directement au niveau de la surface ulcérée, sur laquelle se développent les bacilles de Ducrey. Il est nécessaire que l'acide phénique pénètre jusqu'aux limites de l'ulcération, aux points où celle-ci se continue avec les tissus sous-jascents; points dans lesquels les bacilles sont aussi abondants, souvent même plus abondants que dans l'intérieur du chancre. Mais comme nous le savons, le chancre mou est recouvert d'un pus opaque, dans lequel des fibres élastiques et des débris provenant de la destruction des tissus se mêlent à l'agent spécifique. Il faudra donc, pour que l'acide phénique puisse pénétrer jusqu'au fond de l'ulcération que sa surface soit débarrassée du pus qui la recouvre.

Déterger soigneusement la surface du chancre, telle sera la première indication du traitement. On peut le faire au moyen d'un tampon humide imbibé d'une solu-

tion de sublimé au 1/1000, d'eau oxygénée ou de tout autre antiseptique et suivie d'un tamponnement au coton sec, afin de ne laisser aucun débris et d'assécher le fond de l'ulcération. Dans cette première partie de la technique opératoire, il faut éviter avec soin de disséminer autour de la plaie le pus virulent susceptible de produire des inoculations secondaires au voisinage de la lésion primitive.

La surface du chancre mou, ainsi débarrassée du pus, se montre grisâtre et présente une grande tendance à saigner; c'est alors que nous ferons l'application de l'acide phénique. Ainsi que nous l'avons dit précédemment, la cautérisation doit être légère et superficielle, puisque ce que nous voulons obtenir c'est une action en surface et non en profondeur, afin d'éviter la production d'eschare.

La quantité d'acide phénique, employée pour chaque cautérisation et pour un point donné de l'ulcération, sera donc assez faible pour que l'alcool puisse s'évaporer presque instantanément. Ce qu'il faut rechercher surtout, c'est une bonne répartition de l'antiseptique. Ne laisser aucun point en activité sans être cautérisé pour empêcher toute auto-inoculation possible, d'autant plus facile que le chancre mou s'accompagne presque toujours d'un prurit assez intense et que le malade s'inocule presque fatalement de nouveaux chancres, si les premières cautérisations ne suffisent pas pour détruire le bacille de Ducrey.

C'est aussi pour cette raison que, si l'on veut obtenir une amélioration rapide et progressive des lésions, les

applications d'acide phénique doivent être aussi rapprochées que possible. Le bacille de Ducrey, qui se cache dans les parties profondes et sous les bords décollés de l'ulcération, reprendra vite toute sa virulence si les cautérisations ne sont pas faites coup sur coup. Laisser le chancre mou plus de quarante-huit heures sans être cautérisé c'est s'exposer à voir l'ulcération reprendre tous ses caractères spécifiques et de nouveaux chancres mous, venir s'ajouter au premier. C'est perdre d'un seul coup le bénéfice des cautérisations précédentes et prolonger inutilement le traitement. En règle générale les applications d'acide phénique doivent être faites chaque jour et ceci constitue un des points les plus importants de ce traitement.

Les cautérisations seront faites à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile, fixé sur un stylet, et dont l'extrémité aussi fine que possible sera imbibée de la solution alcoolique d'acide phénique, de façon à ne toucher que légèrement les différents points de l'ulcération. On aura soin de suivre cette ulcération sur tout son pourtour, de pénétrer dans ses parties les plus profondes, de passer sous ses bords décollés et d'atteindre les points en activité souvent cachés sous des replis difficilement accessibles, sans cependant dépasser ses limites. L'acide phénique à saturation dans l'alcool appliqué sur la peau saine qui entoure la lésion, aurait l'inconvénient d'amener la production de sphacèle ou d'érythème. Un gros tampon, comme ceux dont on se sert pour la cautérisation des plaques muqueuses au nitrate d'argent, outre qu'il ne nous permettrait pas

de pénétrer sous les bords de l'ulcération et laisserait ainsi des points en activité facilitant l'extension du chancre mou, augmenterait aussi la douleur qui accompagne chaque cautérisation. Il introduirait en effet à la surface de l'ulcération, une trop grande quantité de la solution phéniquée et, cet excès retarderait l'évaporation de l'alcool qui doit laisser l'acide phénique agir seul. Nous nous garderons de recouvrir d'un pansement sec ou humide la surface cautérisée. C'est en la laissant à l'air libre que l'évaporation se produira le plus rapidement et que la douleur persistera le moins longtemps. Lors des dernières cautérisations, quand le chancre mou aura pris l'aspect d'une plaie simple, recouverte de bourgeons charnus, il sera alors possible de protéger cette surface bourgeonnante en la saupoudrant d'une couche de dermatol.

La technique opératoire n'est pas toujours aussi simple, il est des chancres difficiles à cautériser, particulièrement les chancres situés sur le gland ou dans le sillon balano-prépucial qui s'accompagnent de phimosis. Il y aura alors avantage à faire un lavage du gland à l'eau oxygénée avant d'appliquer l'acide phénique; pour déterger les lésions sur lesquelles le pus est retenu par le prépuce. Mais dès que cela sera possible on découvrira le gland pour faire les cautérisations à ciel ouvert.

Chez la femme les secrétions vaginales retardent, comme nous l'avons vu, la cicatrisation du chancre mou. Il y aura donc intérêt de procéder à un nettoyage complet des parois du vagin avant de cautériser les

ulcérations. Ce nettoyage peut se faire avec une injection de permanganate suivie d'un tamponnement destiné à arrêter l'écoulement blennorragique qui viendrait souiller la surface cautérisée.

Toutes les fois que la cautérisation provoquera des douleurs trop vives au niveau de l'ulcération, nous pourrons les atténuer par l'application d'un anesthésique local tel que la cocaïne ou le gaïacol. Avec la cocaïne on peut employer la solution au 1/50 ou mieux la solution au 1/20 en opérant de la façon suivante: Après avoir détergé avec soin le fond de l'ulcération comme nous l'avons indiqué précédemment on fait un tamponnement avec la solution au 1/20. On laisse pendant quelques minutes la surface du chancre en contact avec la cocaïne, temps nécessaire pour produire l'anesthésie des filets nerveux. Lorsque celle-ci est obtenue, on pratique alors la cautérisation à l'acide phénique. Elle est rendue ainsi beaucoup moins douloureuse et dans les cas où le chancre mou n'offre pas trop d'anfractuosités ni une trop grande profondeur, elle peut être complètement indolore, l'action anesthésiante de la cocaï ne s'étant exercée avec plus de facilité. Si dans la suite les douleurs réapparaissent, elles sont toujours beaucoup moins violentes et d'une durée beaucoup plus courte.

Les tamponnements à la cocaïne en solution au 1/20 sur la surface du chancre mou, avant chaque cautérisation, constituent donc un procédé d'anesthésie susceptible d'atténuer la douleur produite par le contact de l'acide phénique. Ils seront surtout précieux dans tous

les cas où le chancre mou offre une large surface ulcérée, dans tous les cas où il occupe des régions difficiles à cautériser, comme ceux du prépuce ou du capuchon, clitoridien et dans tous ceux qui s'accompagnent d'un phagedénisme étendu. Enfin l'anesthésie sera surtout indiquée chez certains malades, chez lesquels la douleur est disproportionnée à l'étendue des lésions et relève plus de leur état névropathique que de l'action caustique de l'acide phénique.

OBSERVATIONS

Observation I.

B... Marguerite, 25 ans, couturière.

Aucun antécédent syphilitique.

La malade entre dans le service de M. le Professeur Agrégé Jeanselme, à l'Hôpital Broca, salle Van Swieten, lit n° 1, le 3 novembre 1908.

Examinée le 3 novembre, la malade présente sur la face externe de la grande lèvre gauche une ulcération de la largeur d'une pièce d'un franc. Son aspect est celui d'un chancre mou typique. Ses bords sont décollés et taillés à pic, le fond, profond de quelques millimètres donne naissance à un pus jaunâtre. On ne trouve aucune induration des tissus environnants et sous-jascents. Cette ulcération date d'une dizaine de jours environ, elle s'accompagne d'une assez vive douleur à la pression.

Sur la face externe de la cuisse, en dehors du sillon génito-crural, on trouve une seconde ulcération analogue à la pre-

mière, mais de plus petit diamètre, La date de son apparition est postérieure de cinq ou six jours à celle de la précédente.

Enfin au pourtour de l'anus on trouve quelques petits points rouges, dont le centre présente une dépression cratériforme, qui ont été inoculés récemment.

Dans la région inguinale gauche on sent un ganglion qui atteint à peu près la grosseur d'une noisette. Il est peu douloureux spontanément et à la pression, lorsque la malade est couchée; mais la marche est l'occasion d'assez vives douleurs au niveau du pli de l'aine.

L'examen au spéculum, montre un col rouge et une blennorragie abondante.

Le 3 novembre 1908. — Première cautérisation avec l'acide phénique à saturation dans l'alcool. La cautérisation du chancre de la grande lèvre est la plus douloureuse à cause de l'étendue de la surface ulcérée. (Elle n'a d'ailleurs pas été précédée de tamponnement avec la solution de cocaïne). Vingt minutes après la cautérisation, la malade n'éprouve plus qu'une légère sensation de chaleur, très supportable.

Le 5 novembre. — Deuxième cautérisation. Les urines examinées après la première cautérisation sont normales. Les chancres mous, moins suintants paraissent déjà améliorés.

Le 7 novembre. — Cautérisation. On ne trouve pas de nouveaux éléments, les petites ulcérations peri-anales sont complètement cicatrisées. Les autres chancres ont maintenant l'apparence de simples plaies.

Le 8 novembre. — Cautérisation.

Le 9 novembre. — Cautérisation. Le gros ganglion inguinal situé à gauche, qui avait paru vouloir évoluer vers la suppuration et sur lequel furent appliqués des pansements antiseptiques

chauds, semble maintenant vouloir se résorber. Les chancres n'ont plus aucun caractère spécifique.

Le 11 novembre. — Cautérisation.

Le 13 novembre. — Dernière cautérisation de tous les éléments qui ne présentent d'ailleurs aucun point en activité. A partir de ce moment on ne fait plus de cautérisation à l'acide phénique, mais la malade reste à l'hôpital pour une blennorragie abondante.

Elle sort de l'hôpital Broca le 29 novembre, depuis la cessation du traitement phéniqué on n'a jamais noté de récidive des chancres mous.

Observation II.

R..., 37 ans.

Jamais de maladie. Mariée depuis neuf ans elle n'a jamais eu de fausse couche. Elle a eu trois enfants nés à terme et morts tous les trois : Le premier de méningite à 18 mois, le second d'entérite à 22 mois, le troisième de méningite à 26 mois. Malgré cette poli-mortalité infantile, la malade ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

Réglée à 15 ans, les règles sont régulières et non douloureuses.

Son mari a été soigné à l'hôpital Cochin-Annexe (Ricord) vers le 10 janvier 1909, pour un chancre mou.

La malade entre à l'hôpital Broca salle Astruc, lit n° 15, le 11 février 1909.

La maladie actuelle a débuté le 26 janvier par une légère cuisson sur le pourtour de l'anus, non influencée par la défécation. La malade n'a pas vu la lésion à ce moment. Elle a pris des bains de siège et mis dans l'intervalle de la poudre d'amidon.

Examinée à son entrée à l'hôpital, elle présente sur le pourtour

de l'anus, sur le périné et sur la partie inférieure des grandes lèvres une huitaine de petites ulcérations à fond jaunâtre et suintant dont les bords sont décollés. L'ensemble de ces chancres mous, recouvre une surface dont la largeur peut être évaluée approximativement à quatre centimètres et la hauteur à dix centimètres. Tous ces chancres sont suintants et douloureux à la palpation et spontanément empêchant la malade de s'asseoir et de dormir. On note également une légère adénite inguinale sans caractères bien nets.

L'examen au spéculum montre de la vaginite et deux petits chancres mous sur la face interne de la grande lèvre gauche et un au-dessous du méat.

Traitement. — Le 12 février 1909. On lui fait une première cautérisation à l'acide phénique. Pendant la cautérisation la malade n'accuse aucune douleur. Quelques minutes après elle ressent une légère cuisson, très supportable n'arrachant à la malade ni pleurs ni cris. Cette cuisson disparaît au bout d'un quart d'heure, la malade n'a plus souffert de la journée, la nuit suivante elle a très bien dormi. Les urines sont normales.

Le 13 février. — Après avoir asséché les ulcérations, on lui fait une nouvelle cautérisation, puis on place un tampon dans le vagin pour arrêter l'écoulement blennorragique et on fait un léger poudrage au dermatol. La malade a souffert quelques instants après la cautérisation, mais cette douleur a été de courte durée.

Le 15 février. — Nouvelle cautérisation nullement douloureuse pendant l'opération. Pendant la journée, la malade a souffert légèrement, mais la douleur a augmenté vers le soir, empêchant la malade de s'endormir et l'a réveillée à plusieurs reprises. Cette douleur ne siégeait pas sur toute la surface atteinte, mais

en un point bien précis répondant à la base des deux grandes lèvres. A cet endroit se trouvent plusieurs chancres qui ne semblent pas avoir été modifiés par le traitement et qui sont douloureux au moindre contact.

La malade peut maintenant très bien s'asseoir et la marche paraît plus facile.

Le 16 février. — Douleur apparaissant un quart d'heure après la cautérisation. La malade peut marcher et s'asseoir sans difficulté, elle continue à bien dormir.

Le 17 février. — L'aspect des chancres mous est complètement changé, leur fond est rougeâtre et très peu suintant. On lui fait une cautérisation.

Le 19 février. — Cautérisation.

Le 20 février. — Cautérisation. Les chancres de la peau ne sont plus suintants, on peut les considérer comme étant guéris. Ceux de la muqueuse anale ont encore un aspect plus caractéristique.

Le 22 février. — Dernière cautérisation des chancres situés sur les muqueuses, qui commencent à se cicatriser. Ils sont rougeâtres, ne suintent plus et ne sont plus douloureux.

A partir de ce moment on ne fait plus d'applications d'acide phénique et l'on se contente d'appliquer sur la région une simple compresse saupoudrée de dermatol.

La malade sort de l'hôpital le 27 février complètement guérie.

Observation III.

L.... Juliette, 19 ans.

La malade entre à l'Hôpital Broca, salle Van-Swieten, lit n° 17, le 24 janvier 1909.

On remarque alors sur le pourtour des grandes lèvres plusieurs

petites érosions sans grand caractère. A l'examen au spéculum, on note une vaginite assez abondante accompagnée de métrite. Dans l'aine gauche on trouve un gros ganglion indolore, roulant sous le doigt. A droite on trouve également quelques petits ganglions inguinaux durs indolents et mobiles. La malade ne présente aucune manifestation spécifique. On ne lui fait alors aucun traitement.

Le 3 février. — Les érosions ont toujours le même aspect et la malade sort de l'hôpital le 12 février sur sa demande. Le diagnostic n'est pas encore établi.

Le 10 mars 1909. — La malade rentre de nouveau à l'hôpital Les érosions douteuses ont disparu sans aucun traitement. Mais elle présente une tuméfaction énorme du clitoris et de la partie supérieure des grandes lèvres. Le capuchon clitoridien très œdématié est dur, lisse et violacé, très douloureux à la palpation qui est difficile à pratiquer, la malade se dérobant à l'examen. Cette tuméfaction est le siège d'un prurit très intense à grande exacerbation nocturne, empêchant le sommeil. Les ganglions inguinaux sont durs et indolents. La blennorragie est toujours abondante.

La malade est mise en observation, on lui applique localement des compresses d'eau bouillie.

Le 18 mars. — Le clitoris présente toujours le même aspect. Rien de nouveau n'est survenu. Même traitement.

Le 23 mars. — On découvre une vingtaine de petites ulcérations vestibulaires, situées au-dessous d'une ulcération un peu plus grande. Elles sont étendues en surface, leurs bords sont bien délimités, leur fond est jaunâtre et suintant. Elles sont douloureuses à la palpation. Ces ulcérations ont été manifestement ensemencées par une très grosse ulcération cachée sous le capuchon du clitoris. Celle-ci présente les mêmes caractères que les

autres, son fond est jaunâtre et très suintant. Le clitoris toujours très tuméfié est douloureux à la palpation. Le prurit nocturne est intense et l'insomnie qui en résulte résiste au bromure et à l'opium administrés successivement. Au niveau de la marge de l'anus, sur la face interne de la fesse gauche on trouve un élément arrondi de la grosseur d'une lentille et d'une profondeur d'un demi-centimètre environ.

On fait le diagnostic de chancres mous et on fait aussitôt une première cautérisation d'acide phénique.

Le 25 mars. — Le capuchon est moins œdématié, les ulcérations sont plus visibles et présentent déjà un fond beaucoup moins jaune. Elles sont toujours très suintantes. La palpation paraît moins douloureuse, on peut légèrement relever le capuchon clitoridien.

Le 27 mars. — Nouvelle cautérisation à l'acide phénique. Cette cautérisation comme la précédente est peu douloureuse pour la malade.

Le 28 mars. — Cautérisation.

Le 30 mars. — Cautérisation.

Le 1er avril. — Cautérisation. Il s'est produit une fissure de la marge de l'anus manifestement ensemencée par le chancre fissuraire de la marge de l'anus. Elle est cautérisée.

Le 3 avril. — Cautérisation.

Le 4 avril. — Le chancre de la marge de l'anus retrocède, il n'est pas cautérisé. Un nouveau chancre est ensemencé sur la partie latéro-supérieure du clitoris, il est cautérisé ainsi que plusieurs petits éléments nouveaux survenus dans la région de la fourchette.

Le 6 avril. — Les chancres qui s'étaient ensemencés et qui ont été cautérisés une seule fois paraissent complètement guéris. Leur

aspect est très modifié et leur fond ne présente plus qu'une légère teinte grisâtre. Le clitoris est moins œdématié et les chancres ont perdu leur aspect typique. On ne fait aucune cautérisation.

Le 9 avril. — Légère cautérisation à la face interne du capuchon. Deux nouvelles ulcérations apparues à la marge de l'anus sont également cautérisées.

Le 11 avril. — On fait une nouvelle cautérisation sur quelques petits points, l'ensemble est très amélioré.

Le 12 avril. — On fait une dernière cautérisation.

Le 15 avril. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Observation IV.

C... Jeanne, 23 ans, lingère.

Il y a huit ans, la malade était venue à l'hôpital Broca pour une blennorragie et une ulcération du col. Elle y était restée trois mois.

Il y a trois semaines environ, la malade s'est aperçue qu'elle avait une petite ulcération sur la face interne de la grande lèvre du côté gauche. Cette ulcération peu douloureuse à la pression, était la source de vives démangeaisons. En même temps que le prurit devenait plus intense, la malade, remarquait la présence sur la face externe de la grande lèvre de petites ulcérations analogues à la première et apparues huit jours environ après la lésion initiale.

La malade entre à l'hôpital Broca, salle Astruc, lit n° 42, le 19 mai 1909.

Examinée à son entrée à l'hôpital, la malade présente sur la

face externe de la grande lèvre du côté gauche, entre son bord libre et le sillon génito-crural, quatre petits chancres mous disposés les uns au-dessous des autres sur une longueur de six centimètres environ. Ces chancres sont en moyenne de la grosseur d'une lentille, un ou deux sont un peu plus larges, mais aucun n'atteint la largeur d'une pièce de 50 centimes. Sur la face interne on trouve le chancre primitif. Sur le bord de la grande lèvre du côté opposé, on trouve toute une série d'ulcérations de même nature, étagées comme les précédentes, les unes au-dessus des autres et occupant à peu près toute la longueur de la grande lèvre. Ces éléments sont apparus quelques jours après ceux du côté droit. Enfin au niveau de la fourchette on remarque une ulcération d'un centimètre carré environ.

Tous ces chancres mous sont suintants, à bords décollés et taillés à pic, le fond est recouvert d'une sécrétion jaunâtre. Ils sont peu douloureux, sauf à la pression, il y a exception toutefois pour le chancre de la fourchette, où en dehors de la pression, les efforts qui accompagnent la miction et la défécation sont la cause de vives douleurs.

La démangeaison que la malade accusait au début semble avoir un peu diminué d'intensité... On ne trouve aucun ganglion très appréciable dans la région inguinale ni à droite ni à gauche.

L'examen au spéculum montre une vaginité assez intense; le col rouge, laisse échapper quelques glaires. La malade ne présente aucun signe apparent de syphilis.

Traitement : Acide phénique.

Le 20 mai 1909. — On lui fait une première application d'acide phénique après avoir soigneusement détergé toutes les lésions et fait un tamponnement avec la solution de cocaïne au 1/20e. Pendant la cautérisation la malade n'a ressenti aucune

douleur. Une demie heure après elle a éprouvé de très légers picotements qui ont d'ailleurs disparu au bout de quelques minutes. La malade a bien dormi, les démangeaisons ont été beaucoup moins vives. Les urines examinées après la cautérisation sont normales.

Le 21 mai. — Cautérisation.

Le 22 mai. — Cautérisation. Les chancres mous situés sur les grandes lèvres ont meilleur aspect, leur fond est plus rouge et moins suintant. Le chancre de la fourchette dont le fond est encore recouvert de pus jaunâtre est le seul qui soit un peu douloureux pendant la cautérisation.

Le 24 mai. — Cautérisation. Les chancres des grandes lèvres continuent à s'améliorer rapidement, celui de la fourchette conserve encore tous ses caractères, la douleur qu'il provoque a peu diminué. Dans la nuit du 23 au 24 mai, le prurit a été beaucoup plus intense que les jours précédents.

Le 26 mai. — Cautérisation. On note une amélioration très manifeste du chancre de la fourchette, dont le fond n'est plus jaune et suintant. La douleur et les démangeaisons ont complètement disparu.

Le 28 mai. — Cautérisation. Tous les chancres ont maintenant l'aspect de plaies en voie de cicatrisation. Leur fond est rouge et bourgeonnant et leurs bords tendent à se réunir. On peut dès lors les considérer comme guéris.

La malade sort de l'hôpital le 31 mai.

Observation V.

Ch..., 19 ans, fleuriste.

On ne trouve aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise dans ses antécédents.

Elle entre à l'hôpital Broca, Salle Astruc, lit n° 18, le 28 avril 1909.

Examinée à son entrée à l'hôpital, la malade présente 1° au niveau de la petite lèvre droite une ulcération irrégulière d'un centimètre de diamètre, à bords rouges et taillés à pic, à fond sanieux; 2° A la partie inférieure du sillon génito-crural une seconde ulcération large comme une pièce de cinquante centimes, les bords en sont franchement décollés et découpés; ils se rejoignent au-dessus de sa surface et lui donnent un aspect multilobé; 3° Sur la grande lèvre gauche on trouve deux chancres mous, situés, l'un sur sa face interne, l'autre sur sa face externe. Ces derniers éléments semblables aux précédents ont une moins grande étendue.

L'examen au spéculum montre un col enflammé, une vaginite abondante avec érosions vaginales nombreuses et exfolliation de la muqueuse. Dans les régions inguinales, droite et gauche on ne trouve pas d'adénopathie très sensible.

Le 28 avril 1909. — On fait une première cautérisation à l'acide phénique à saturation, de tous les chancres mous. Cette cautérisation pratiquée sans anesthésie préalable est peu douloureuse au moment même de la cautérisation et la malade la supporte très facilement. Un quart d'heure après toute sensation de brûlure a disparu. Les urines sont absolument normales.

Le 30 avril. — Cautérisation. On ne remarque aucune autoinoculation au voisinage des premières ulcérations. L'aspect des chancres mous n'est plus aussi caractéristique, leur fond est moins jaunâtre et laisse écouler moins de sérosité. Pendant la cautérisation la malade n'accuse aucune douleur. Une légère cuisson suit la cautérisation mais elle disparaît au bout de quelques minutes.

Le 1er mai. — Cautérisation. L'amélioration que nous avions notée dès la deuxième cautérisation est encore plus manifeste. Toutes les ulcérations ont maintenant l'apparence de plaies simples qui se réparent activement. Elles ne suintent plus et leur fond rouge commence à se recouvrir de bourgeons charnus.

Le 3 mai. — Cautérisation.

Le 5 mai. — Cautérisation. La malade peut être considérée comme guérie. Les chancres mous continuent à bourgeonner. La malade n'éprouve plus aucune douleur ni pendant ni après la cautérisation.

Le 8 mai. — On ne fait plus d'application d'acide phénique, on se borne à saupoudrer les surfaces ulcérées avec un peu de dermatol.

La malade sort guérie le 9 mai 1909.

Observation VI.

C... B..., 17 ans, marchande des quatre-saisons. Elle n'a jamais eu de maladie avant son entrée à l'hôpital.

Il y a huit jours la malade a remarqué sur la grande lèvre du côté gauche une ulcération accompagnée de douleurs et démangeaisons pendant la nuit. Quelques jours après, la grande lèvre du côté opposé était recouverte d'ulcérations analogues sur une grande partie de sa hauteur.

La malade entre à l'hôpital Broca, Salle Van Swieten, lit n° 4, le 9 décembre 1908.

An son entrée à l'hôpital, la malade présente sur le bord libre de la grande lèvre gauche de nombreux chancres mous de la largeur d'une lentille environ. Leurs bords, entourés d'une zone érythémateuse, sont taillés à l'emporte-pièce, leur fond est jaunâtre et suintant. Sur la grande lèvre du côté opposé on trouve

deux petits éléments semblables aux précédents. Enfin au niveau de la fourchette on découvre une ulcération de même nature beaucoup plus large et plus profonde, atteignant les dimensions d'une pièce de deux francs.

Dans la région inguinale du côté gauche, on sent quelques petits ganglions peu douloureux et mobiles, dont le plus gros atteint à peu près le volume du petit doigt. L'examen au spéculum montre une blennorragie intense avec métrite du col.

Le 9 décembre 1908. — On fait une cautérisation à l'acide phénique. La cautérisation faite sans anesthésie est un peu douloureuse, mais au bout d'une demi-heure la douleur a disparu. Les urines sont normales.

Le 10 décembre. — Cautérisation.

Le 11 décembre. — Nouvelle cautérisation. Le chancre mou de la fourchette présente encore quelques points en activité, les autres ulcérations sont moins suintantes, leur fond détergé ne montre plus de bourgeons grisâtres. La cautérisation est peu douloureuse.

Le 13 décembre. — Troisième cautérisation. On note une amélioration considérable de tous les chancres mous; aucune autoinoculation récente. Le chancre de la fourchette a perdu sa coloration jaunâtre. Les ganglions inguinaux du côté gauche n'ont pas augmenté de volume, ils restent indolents et mobiles.

Le 15 décembre. — Les cautérisations sont de moins en moins douloureuses, elles se bornent à quelques picotements qui cessent rapidement. Tous les éléments sont en voie de cicatrisation.

Le 17 décembre. — Cautérisation.

Le 19 décembre. — Après un examen minutieux de toutes les ulcérations, une nouvelle cautérisation est jugée inutile. On fait

une légère application de dermatol, qui protègera les bourgeons charnus contre toute infection secondaire.

Le 22 décembre. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Observation VII.

L... Odette, 22 ans, pianiste.

Elle entre à l'hôpital Broca, Salle Van-Swieten le 1er juin 1909.

Huit jours à peu près avant son entrée à l'hôpital, s'est aperçue qu'elle avait une petite ulcération peu douloureuse, située sur la partie inférieure de la grande lèvre du côté droit, dont le fond était légèrement suintant. Sur cette ulcération la malade fait plusieurs applications successives de teinture d'iode. Quelques jours plus tard, la partie inférieure des grandes lèvres, la région du périné et le pourtour de l'anus sont également recouverts de nombreux chancres mous.

La malade est examinée à son entrée à l'hôpital, le premier juin 1909.

Sur la grande lèvre du côté droit on retrouve le chancre primitif qui atteint maintenant les dimensions d'une pièce d'un franc. Il est recouvert d'un pus opaque, très abondant; les bords sont décollés et l'ulcération lorsque le fond est détergé présente une profondeur de quelques millimètres. Tout autour de cette lésion initiale on remarque une grande quantité d'ulcérations analogues. Elles s'étendent sur les grandes lèvres des deux côtés, mais ne remontent pas au-delà de leur partie moyenne. La région péri-anale est recouverte de nombreux chancres mous. Le total de tous ces chancres peut être évalué à une trentaine environ, tous cependant, sont de dimensions inférieures à celles de l'ulcération primitive. Enfin, de chaque côté du sillon génito-

crural, du côté gauche, on trouve deux éléments de même nature, récemment apparus, qui atteignent actuellement les dimensions respectives d'une pièce de cinquante centimes. Tous ces chancres mous sont suintants et leur inoculation successive est due au pus abondant qui s'échappe de chacun d'eux. Ils sont peu douloureux à la pression.

Dans les régions inguinales droite et gauche, de nombreux ganglions roulent sous les doigts. Les plus volumineux atteignent la grosseur d'une noisette.

Le 1er juin 1909. — On fait une première cautérisation à l'acide phénique. Cette cautérisation très peu douloureuse est facilement supportée par la malade et un quart d'heure après toute sensation de cuisson a disparu. Les urines examinées le lendemain sont normales et leur couleur n'est pas modifiée.

Le 2 juin. — Cautérisation.

Le 3 juin. — Cautérisation de tous les chancres qui sont déjà très améliorés par la première cautérisation. Le pus est beaucoup moins abondant et pour beaucoup d'éléments il a même complètement disparu. On ne remarque aucune nouvelle autoinoculation. Cette fois l'application d'acide phénique se fait sans que la malade accuse la moindre douleur.

Le 5 juin. — La lésion initiale qui présentait la plus grande étendue, se recouvre de bourgeons charnus, ses bords se sont affaissés et tendent à se réunir. Les autres ulcérations ne suintent plus du tout et la plupart d'entre elles ne présentent qu'un petit point rouge; elles peuvent être considérées comme guéries. Les ganglions inguinaux ont aussi diminué de volume et la pression à leur niveau ne réveille aucune douleur. On fait une cautérisation.

Le 7 juin. — Dernière cautérisation de deux ou trois chancres

qui ne sont pas encore tout-à-fait cicatrisés mais qui ont cependant bonne apparence.

Le 9 juin. — Examen de la malade. On ne note aucune récidive, ce n'est que par un examen minutieux que l'on peut encore retrouver la trace de la plupart des lésions.

Le 15 juin 1909. — La malade sort de l'hôpital, tous les chancres sont cicatrisés.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les nombreuses substances susceptibles de transformer le chancre mou en plaie simple, l'acide phénique est une des plus efficaces.

II. — Pour éviter la formation d'eschares in situ et l'apparition de phénomènes toxiques, il faut employer une solution aussi concentrée que possible dans l'alcool, de manière à diminuer la diffusion de l'antiseptique et à concentrer toute son action sur la surface infectée par le bacille de Ducrey.

III. — Les cautérisations doivent être faites pour ainsi dire coup sur coup, à vingt-quatre heures d'intervalle tout au plus; si l'on suspend l'application du topique pendant quarante-huit heures, le bacille de Ducrey a le temps de repulluler dans la plaie et l'on perd visiblement du terrain.

IV. — Le seul inconvénient du traitement que nous préconisons, c'est la douleur qui ordinairement modérée est parfois fort vive et peut se prolonger pendant un temps assez long chez quelques névropathes. Cette

douleur est imputable d'ailleurs, pour une grande part, au chancre mou lui-même et peut être exacerbée quelle que soit la nature du topique employé.

La cocaïne et le gaïacol employés en solutions peuvent atténuer notablement les douleurs produites par l'application de l'acide phénique.

Vu et approuvé,
Le Président de Thèse,
A. CHAUFFARD.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

MONTILLIERS. — Le Chancre mou et son traitement. (*Thèse Paris,* 1890).

NICOLLE. — Recherches sur le chancre mou. (*Thèse Paris,* 1892-1893).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Sur les accidents dus à l'Acide-Phénique (*Presse Médicale,* 30 mars 1907).

PAUTRIER. — Les dangers de l'Eau Phéniquée (*Presse Médicale* 2 mars 1907).

CASASSUS. — Intoxications consécutives à l'usage antiseptique de l'Acide Phénique (*Thèse Paris,* 1893-1894).

Imp. de la Librairie A. Michalon, 10, rue de Vaugirard, Paris.